

介護保険

(福祉事務所記入欄)

(令和6年1月作成 岡山市)

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
変更認定

申請書

*該当するものに○印をつけてください。

(あて先) 岡山市長

次のとおり申請します。

*申請年月日が市の受付年月日と異なる場合には、市の受付年月日を申請年月日とします。

被保険者証 (回収・未回収)			受付印
資格者証		確認	
調査員			
主治医			
保険料			

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号															
	フリガナ												申請年月日	令和	年	月	日	
	氏名												生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	住所												性別	男・女				
	住所	(電話 - -)																
	前回の要介護(支援)状態区分等	状態区分	1	2	3	4	5	有効期間	平成・令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	
変更申請の理由	悪化・改善 *変更申請の場合 どちらかに○印をつけ その状態や理由を記入してください。 理由 ()																	

本人及び家族、代理人が申請する場合も 次の欄に記入してください。

申 請 者	氏名または名称	該当に○印 (本人・家族・成年後見人等※1・地域包括支援センター※2・指定居宅介護支援事業所※2・介護保険施設)														
	住所または所在地	(電話 - -)														

※1: 成年後見人等が申請する場合は、成年後見等に関する登記事項証明書等(写し可)を添付してください。

※2: 事業所等の代行申請の場合、居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の提出状況も併せてご確認ください。

訪 問 調 査	訪問調査日調整のための連絡先	フリガナ 本人・その他(氏名 続柄)	(電話番号) - -	(携帯電話番号) - -	平日 日中の連絡可能な時間帯 いつでも可・時間帯(時~時)・()曜日以外
	訪問調査時の同席希望	希望する・希望しない *希望する場合はその同席者(氏名 続柄)			
	訪問調査先(介護保険施設、医療機関、ケアハウス、グループホームなど)	*訪問調査先が被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。 〒 (名称) , 号室(電話 - -)			

※3: 訪問調査は、原則 平日の9時~17時に行いますのでご了解ください。

主 治 医	主治医氏名	(姓) (名)	医療機関名	
	所在地	〒	(電話 - -)	
	最終受診日	令和 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 入院中 (入院中の場合、チェックしてください。最終受診日の記入は不要です。)		

□にチェックしてください。「その他」にチェックが入る場合のみ、医療保険保険者名、番号をご記入ください。

医療保険情報※4	<input type="checkbox"/> 岡山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 岡山県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入 (生活保護受給中等)
	<input type="checkbox"/> その他(保険者名 記号・番号・枝番 . .)

※4: 岡山市国民健康保険、岡山県後期高齢者医療保険及び未加入の欄にチェックした場合、医療保険被保険者証の提示等は不要です。ただし、2号被保険者の方については、医療保険の種類に限らず、医療保険被保険者証の提示または写しの添付が必要です。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	*64歳以下の方は必ず記入してください。
-------	----------------------

以下のことについて同意します。

- *介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、岡山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記入した医師又は認定調査に従事した調査員に提示すること。
- *更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略すること。

(同意する場合は、被保険者名を必ず記入) 被保険者氏名

(同意欄を代筆した場合は、必ず記入) 代筆者氏名 (続柄)